

Die Behandlung des lymphatischen Kindes in der lymphologischen Schwerpunktpraxis

H. Pritschow, U. Bromberger, G. Pult, U. Schwarz, K. Störr, C. Michel, M. Schuster
Lymphologische Schwerpunkt Praxis Hans Pritschow, Waldkirch

Zusammenfassung

Das Krankheitsbild des lymphatischen Kindes ist gekennzeichnet durch rezidivierenden Infektionen im Nasen-Rachenraum, Mundatmung und Hypertrophie der betroffenen Tonsillen. Schallleitungsstörungen durch Ergüsse hinter dem Trommelfell führen zu Schwerhörigkeit. Das Kind schnarcht, ist morgens häufig unausgeschlafen, unkonzentriert und quengelig. In der Bundesrepublik Deutschland werden in der chirurgischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses pro Jahr durchschnittlich 300–800 Tonsillektomien bei Kindern vorgenommen. Die Ergebnisse der Auswertung von 174 Fällen unserer lymphologischen Schwerpunktpraxis zeigen, dass mit der manuellen Lymphdrainage (MLD) eine nicht invasive, nebenwirkungsfreie Methode zur Verfügung steht, die in 75 % der Fälle die schmerzhafteste, nicht ungefährliche Operation (Komplikation Nachblutung circa 0,1 %–10 %, nachblutungsbedingte Todesfälle circa 1:3.000– 1:27.000) verhindern kann.

Schlüsselwörter: lymphatisches Kind, manuelle Lymphdrainage

Summary:

The susceptibility to infections, breathing through the mouth and swelling in the mouth-nose-throat area are symptoms which characterize the lymphatic child. The child snores at night, has difficulty getting air and is often exhausted in the morning from the struggle to breathe. The children often have poor hearing due to a fluid build-up behind the ear drum (sero- tympanous). As a result of colds we see a hypertrophy of the tonsils and the adenoids. Approximately 300–800 operations per year such as tonsillectomies take place in a surgical unit of one General hospital. After complex physical therapy, invasive procedures prove unnecessary in 75 % out of 174 cases described. Therefore we strongly recommend today, that prior to invasive procedures such as surgery, physical therapy without any side-effects should be used on the child.

Key words: lymphatic child, manual lymph drainage

Einleitung

Die Symptome, die das Krankheitsbild des lymphatischen Kindes (Abb. 1) charakterisieren, beschrieb J. Siegl 1963 [1] in seinem Beitrag »Zur Therapie der Tonsillopathien beim lymphatischen Kind« folgendermaßen: »Zum Teil gehen diese chronisch entzündlichen Prozesse mit Hypertrophie der betroffenen Tonsillen und Mitbeteiligung der regionären Lymph-

drüsen einher, was das Auftreten aller möglichen Komplikationen wie Behinderung der Nasenatmung, schlechte Belüftung der Nase und der Nebenhöhlen, Tubenkatarrhe, rezidivierende Otitiden, Schluck-, Sprach- und Hörstörungen sowie die übrigen Erscheinungen bei adenoiden Vegetationen zur Folge hat.«

Zur Anatomie und Pathophysiologie: Am proximalen Ende der Speise- und

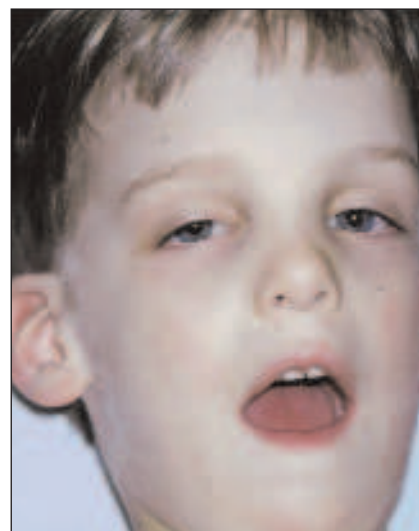


Abb. 1

Atemwege befinden sich – ringförmig angeordnet – lymphoepitheliale Organe, die Tonsillen. Diesen »Wächter«- oder »Schutz«-Ring bezeichnet man als Waldeyer-Rachenring. Er besteht aus:

- der unpaaren Rachenmandel (Dach des Nasenrachens)
- den paarigen Tubenmandeln (neben den Öffnungen der Eustachischen Röhre im Nasenrachen)
- den paarigen Gaumenmandeln (vor dem hinteren Gaumenbogen)
- der unpaaren Zungengrundmandel
- den paarigen Seitensträngen (Rachenwand).

Erkrankungen der Gaumenmandeln sind im Kindesalter häufig zu sehen, da der Immunschutz noch nicht ausgereift ist und die Gaumenmandeln an »vorderster Front« der Antigenaufnahme und -verarbeitung stehen. Die Reaktion des lymphatischen Systems auf infektiöse Reize ist stark und wichtig für die Entwicklung des Immunsystems des Kindes.

Das Grundübel die Mundatmung: Häufige Infekte lassen die betroffenen Schleimhäute anschwellen, die Nase läuft (»Rotznase«, Abb. 2). Das Kind atmet durch den Mund, weil der normale Atemweg verlegt ist. Mundatmung führt zur Austrocknung der Schleimhäute im Mund-/Rachenraum, was die Infektanfälligkeit weiter erhöht. Im Gegensatz zur Nasenat-



Abb. 2

mung findet bei der Mundatmung keine Reinigung der Atemluft statt, das Anfeuchten und das Anwärmen entfällt. Die lymphoepithelialen Gewebe reagieren auf diese Reizung mit Hypertrophie, was wiederum die Mundatmung verstärkt. Das Kind schnarcht, schläft unruhig und ist dadurch am Morgen unausgeschlafen, unkonzentriert und quengelig.

Die Eustachische Röhre (Ohrtrumpete) mündet lateral der Rachenmandel. Ist die Rachenmandel vergrößert und die Schleimhaut geschwollen, ist die Belüftung und die Drainage von Flüssigkeit aus dem Mittelohr nicht mehr möglich. Dann kommt es häufig zu einem Mittelohrergruss (Seromukotympanon). Die daraus resultierende Schalleitungsstörung äußert sich als Schwerhörigkeit, die auch eine Sprachentwicklungsstörung bedingen kann (näselnde Stimme, kloßige Sprache).

Schwellung: Die rezidivierenden Infekte im Nasen-/Rachenraum führen zu einer Insuffizienz der zervikalen Lymphströmung. Schwellungen des Gesichtes, der Kopfschwarte und des harten und weichen Gaumens sowie der zervikalen Lymphknoten sind die Folge (Abb. 3).

Der Zustand der Kinder erscheint vergleichbar mit dem starken Schnupfen eines Erwachsenen, einhergehend mit triefender Nase, erhöhtem Ohrdruck, »dickem Kopf« etc. Jedoch ist dieser Zustand bei

den lymphatischen Kindern nicht vorübergehend, sondern rezidiert und dauert dann wochenlang an.

Anamnese, Inspektion und Palpation:

In manchen Fällen treten akut eitrige oder febrile Infekte auf. (Diese sind im Übrigen eine absolute Kontraindikation für die manuelle Lymphdrainage (MLD).) Nach deren Abklingen erhebt man bei den Kindern eine ausführliche Anamnese, inspiziert und palpiert sie. Dabei erläutert man dem Kind und der Bezugsperson – in der Regel der Mutter – die pathophysiologischen Hintergründe der Erkrankung. Ebenso erklärt man ihnen den Therapieplan, nachdem ein *gemeinsames* Therapieziel formuliert wurde. Die Compliance sowohl des Kindes als auch der Bezugsperson ist entscheidend für den Therapieerfolg. Mit dem Kind wird eine konsequente Mundhygiene vereinbart, um mögliche parallel stattfindende – z. B. Zahnfleischinfekte – zu begrenzen. Das heißt, das Kind stimmt zu, sich nach jeder Mahlzeit die Zähne zu putzen und den Mund gründlich auszuspülen. Zweibis dreimal täglich erhält das Kind einen zuckerfreien Kaugummi – zur Betätigung der Kaumuskelatur und zur Anregung der Lymphangiomotorik im Gesicht-/Halsbereich. Die Mutter, die oft in großer Sorge um das Wohl ihres Kindes ist, wird gegebenenfalls auf die mögliche Beeinträchtigung der selbstständigen Entwicklung ihres Kindes durch ihr übermäßig behütendes Verhalten aufmerksam gemacht. Die Eingangsuntersuchung, inklusive der ersten Behandlung, dauert eine Stunde.

Ablauf in unserer Praxis

Die von uns durchgeführte physikalische Therapie umfasst die MLD, mit Hals-, Gesichts- und Mundinnendrainage, anschließende Atemübungen und Hausaufgaben wie konsequente Mundhygiene und Mundspülungen.

Die Behandlung der Kinder erfordert die höchste Konzentration des Therapeuten. Ablenkende Telefongespräche oder andere Störungen sollten daher während



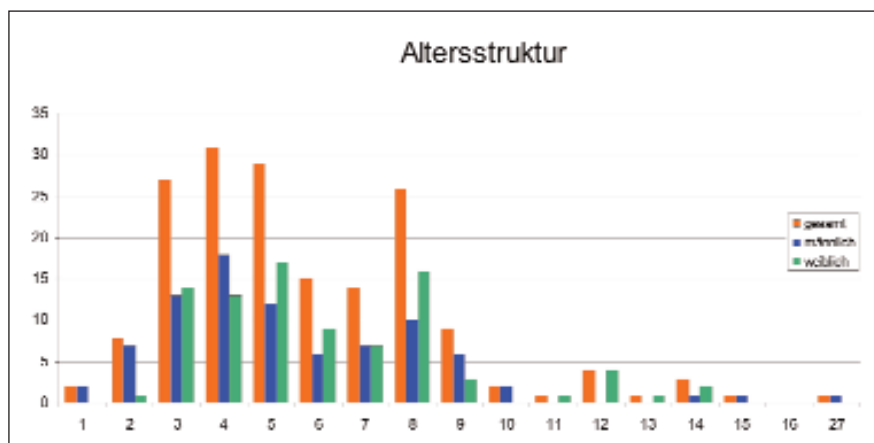
Abb. 3

der Behandlung vermieden werden. Der Therapeut soll dem Kind respektvoll begegnen und ihm kein Gespräch aufzwingen, sondern nur mit ihm sprechen, wenn vom Kind ein entsprechendes Gesprächssignal kommt. Ansonsten soll er schweigen. Die Mutter ist nur während der ersten Behandlungen zugegen, bis das Kind Vertrauen zu seinem Therapeuten gewonnen hat. Nach der fünfundvierzigminütigen Behandlung bietet der Therapeut dem Kind einen zuckerfreien Kaugummi an oder bastelt mit ihm ein Papierflugzeug.

Die Kinder werden bei uns einmal pro Woche behandelt. Nach 10–15 Behandlungen sind die vorgenannten Symptome in der Regel verschwunden. Nach unserer Erfahrung wird der Heilungsprozess **nicht** beschleunigt, wenn man statt einmal mehrmals pro Woche behandelt.

Effekte der Therapie

Mithilfe der MLD erhöhen wir das Lymphzeitvolumen der zervikalen Lymphströmung und verbessern so den Lymphabfluss. Die resultierende Entödematisierung der Schleimhäute im Nasen-/Rachenraum ermöglicht das Einüben einer regelrechten Nasenatmung. Dadurch wird der oben beschriebene Circulus vitiosus durchbrochen: Die Schleimhäute trocknen nicht mehr aus, die Infektanfälligkeit wird vermindert, Polypen und Tonsillen können abschwellen,



ebenso die Lymphknoten. Auch die – meist durch ein Serotympanon verursachte – Schwerhörigkeit verschwindet. Die Atemübungen sollen das »Grundübel« Mundatmung beseitigen.

In einigen seltenen Fällen waren die Kinder träge und schotteten sich von der Umwelt ab. Unserer Ansicht nach entspricht dies aber nicht einer lymphostatischen Enzephalopathie, wie sie Földi [5] bei Ratten nach einer Blockade der Lymphkollektoren am Hals feststellte, oder wie sie Hutschenreuter et al. [6] nach ausgedehnten Halslymphknotendissektionen beobachtet hatten. Wir führen die Introvertiertheit dieser Kinder allein auf die Hörprobleme zurück.

Hinweise darauf, dass sich die Mundatmung zwangsläufig auf das Wachstum des Kiefers auswirken und Fehlstellungen hervorrufen würde, fanden wir nicht klar bestätigt. Nur bei 16 (n = 174) unserer kleinen

Patienten war eine kieferorthopädische Behandlung geplant oder hatte begonnen.

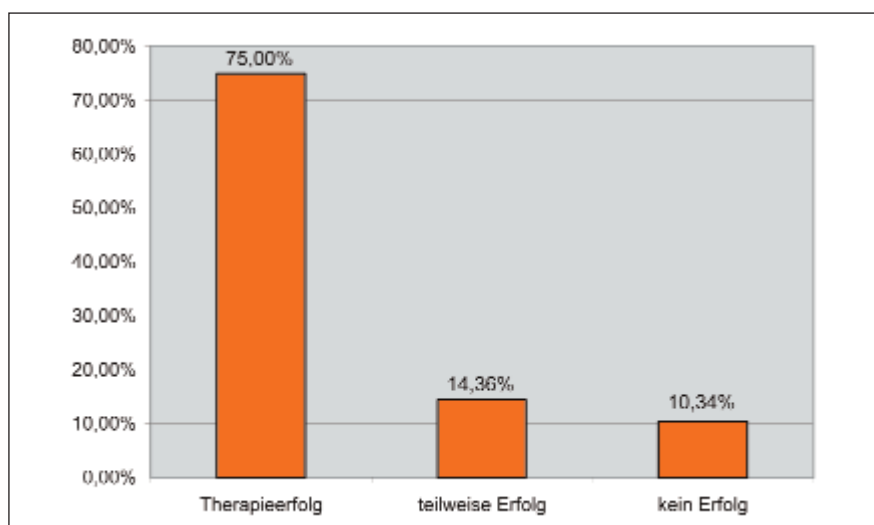
Statistik in unserer Praxis

Die Behandlungsergebnisse in unserer Praxis stellen sich nach Auswertung eines einheitlichen Befundbogens von 174 Kindern folgendermaßen dar:

Die MLD war bei 75 % der Kinder erfolgreich, das heißt, die Symptome schlechtes Hörvermögen, Erguss im Ohr, nächtliche Atemnot, häufige Infekte etc. konnten beseitigt werden, sodass keine operative Tonsillektomie mehr nötig war.

Bei 14,36 % der betroffenen Kinder konnten Teilerfolge erzielt werden. Elektive Operationen konnten jedoch nicht vermieden werden.

Bei 10,34 % der Kinder wurde die Behandlung abgebrochen. Entweder waren die Kinder nicht bereit, sich behandeln zu



lassen, oder die Bezugsperson hielt die Therapie für zu aufwendig respektive für nicht wirksam.

Fazit

Der Leidensweg der lymphatischen Kinder ist oft jahrelang. Die Symptome können mithilfe der MLD wirkungsvoll behandelt werden. Die positiven Ergebnisse aus unserer Praxis sollen den Lymphdrainage-therapeuten ermutigen, diese nebenwirkungsfreie und schonende Therapie vor schmerzhaften invasiven Maßnahmen zu propagieren und einzusetzen.

Literatur

- Siegl J: Zur Therapie der Tonsillopathien beim lymphatischen Kind. In: Zilch MJ (ed) Lymphsystem und Lymphatismus. Von der Morphologie zur Konstitutionspathologie. J. A. Barth-Verlag, München 1963, 347-356
- Kehrl W: Das infektanfällige Kind aus HNO-ärztlicher Sicht. In: www.aerztekammer-hamburg.de 2006
- Broich I, Karl F: Das Mundorgan. Wesen und Bedeutung; Krankheit, Diagnose und Therapie. Haug-Verlag, Stuttgart 1988
- Pritschow H, Schuchhardt Ch (eds): Das Lymphödem und die komplexe physikalische Entstauungstherapie. Viavital Verlag, Köln 2003, 201ff
- Földi M, Kubik S (eds): Lehrbuch der Lymphologie für Mediziner, Masseur und Physiotherapeuten. Urban & Fischer Verlag, München/Jena 2002, 329ff
- Hutschenreuter P, Einfeldt H, Besser S. (eds): Lymphologie für die Praxis. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1991, 97f.
- Harzer W, Czekalla V, Landmesser H: Zur Bedeutung der Mundatmung für die Entstehung von Dysgnatien unter besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen des Respirationstraktes. Stomatologie der DDR 1987; 37 (1): 25-30

Korrespondenzadresse

Hans Pritschow
 Zentrum für Manuelle Lymphdrainage
 Goethestr. 17, 79183 Waldkirch
 E-Mail: info@zmlpritschow.de
 www.zmlpritschow.de